

治形调气整脊推拿治疗椎动脉型颈椎病的临床体会

李胤辑¹, 王先滨^{2*}

¹黑龙江中医药大学研究生院, 黑龙江 哈尔滨

²黑龙江中医药大学附属第一医院推拿科, 黑龙江 哈尔滨

收稿日期: 2026年8月2日; 录用日期: 2026年8月26日; 发布日期: 2026年9月4日

摘要

椎动脉型颈椎病为临床常见颈椎病分型, 以体位诱发的发作性眩晕、头痛、视物障碍、猝倒为典型表现, 核心病理改变为椎-基底动脉供血不足, 该病在颈椎病中占比20%~25%。当下数字化办公普及, 人群长期低头伏案, 致使CSA发病率持续上升且发病趋于年轻化, 青年患者逐年增多, 已由传统中老年退行性病变演变为伏案人群高发公共卫生问题。本病不仅可因突发猝倒引发骨折、颅脑外伤等意外损伤, 眩晕症状还易诱发焦虑情绪, 形成恶性循环, 严重损害患者身心健康与日常生活、工作质量。

关键词

椎动脉型颈椎病, 治疗, 推拿

Clinical Experience of Body-Shaping, Qi-Regulating and Spinal-Adjusting Tuina for Cervical Spondylosis of Vertebral Artery Type

Yinji Li¹, Xianbin Wang^{2*}

¹Graduate School of Heilongjiang University of Chinese Medicine, Harbin Heilongjiang

²Department of Tuina, The First Affiliated Hospital of Heilongjiang University of Chinese Medicine, Harbin Heilongjiang

Received: August 2, 2026; accepted: August 26, 2026; published: September 4, 2026

*通讯作者。

文章引用: 李胤辑, 王先滨. 治形调气整脊推拿治疗椎动脉型颈椎病的临床体会[J]. 临床医学进展, 2026, 16(9): 563-569. DOI: 10.12677/acm.2026.1693080

Abstract

Cervical spondylosis of vertebral artery type is a common type of cervical spondylosis in clinical practice, characterized by positional paroxysmal vertigo, headache, visual disturbance and drop attacks. Its core pathological change is insufficient vertebrobasilar blood supply, accounting for 20% to 25% of all cervical spondylosis cases. With the popularization of digital office work, people tend to bow their heads and work at desks for a long time, leading to a continuous rise in the incidence of CSA with a younger onset age, and an increasing number of young patients. It has evolved from a degenerative disease prevalent in middle-aged and elderly people into a public health problem prevalent among desk-bound workers. Sudden drop attacks caused by the disease may result in injuries such as fractures and craniocerebral trauma, while vertigo tends to induce anxiety, creating a vicious cycle that severely impairs patients' physical and mental health as well as their daily life and work quality.

Keywords

Cervical Spondylosis of Vertebral Artery Type, Treatment, Tuina

Copyright © 2026 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

1. 引言

椎动脉型颈椎病(Cervical Spondylosis of Vertebral Artery Type, CSA)是颈椎病临床高发分型,以发作性眩晕、头部疼痛、视物异常、一过性猝倒为典型核心症状[1],发病根源为椎-基底动脉循环灌注不足,临床发病具备突发、反复发作、头颈体位改变诱发三大特征。流行病学数据表明,CSA占颈椎病总患病人数的20%~25%,在眩晕类疾患中亦占有较高发病比例。伴随数字化办公普及,长期低头伏案成为大众常态,本病发病率逐年攀升,发病年龄显著前移,20~30岁青年就诊患者在门诊中愈发多见。既往本病多归属于中老年退行性骨关节病,如今已演变为困扰各类伏案职业群体的公共健康问题。除此之外,患者突发眩晕时存在猝倒风险,易诱发骨折、颅脑挫伤等继发性损伤;同时眩晕不适当与焦虑情绪恶性循环,双重加重躯体与心理负担,对患者日常工作、生活质量造成严重负面影响。

2. 中医古籍对椎动脉型颈椎病的认识

椎动脉型颈椎病以阵发性眩晕为核心主症,现代中医多将其归属于“眩晕”病证范畴辨证施治。中医对眩晕病机的认知源远流长,相关理论雏形最早见于《黄帝内经》[2][3],书中从多维度阐释眩晕发病机理:《灵枢·海论》提出髓海亏虚则脑转耳鸣[4];《灵枢·口问》指出上气亏虚、清阳不升可诱发目眩[5];《灵枢·大惑论》阐明外邪侵袭颈项、正气亏虚是眩晕发作重要诱因[2];《素问·至真要大论》“诸风掉眩,皆属于肝”,确立了从肝论治眩晕的核心理论依据[3]。汉代张仲景在《金匱要略》[6]中提出“心下有支饮,其人苦冒眩”,首次开创从痰饮论治眩晕的学术思路。隋代巢元方《诸病源候论》[2]从痹证视角剖析颈项病变,为后世结合颈损认识眩晕提供理论支撑。唐代孙思邈《千金要方》[5]进一步扩充风、热、痰等致眩病因体系。金元医家百家争鸣,各有独到见解:刘完素主火热致眩,张子和完善痰饮致眩理论,李东垣侧重升举清阳以定眩,朱丹溪明确提出“无痰不作眩”的核心论断[6]。及至明清,

张景岳《景岳全书》[4]着重阐释“无虚不作眩”，虞抟《医学正传》[5]补充瘀血阻滞致眩病机，至此，眩晕完整病因病机体系得以构建。历代古籍虽无“椎动脉型颈椎病”这一现代病名，但对本病核心眩晕症状的病机阐释体系完备，为本病中医诊疗奠定了坚实理论基础[3]。

3. 椎动脉型颈椎病的病因病机

椎动脉型颈椎病的病因繁杂，多由情志失调、饮食失节、劳逸失度、久病耗损、颈部外伤等内外因素共同诱发，整体病机归属本虚标实、虚实夹杂之证。本病之本责于肝肾阴亏、气血亏虚、髓海失养；风、火、痰、瘀、湿诸邪壅遏上焦、扰动清窍则为标实之象。究其发病脉络：长期情志抑郁易致肝气郁结、郁而化火，火热上冲头目则发眩晕；嗜食肥甘厚味、三餐不节，损伤脾胃运化，水湿停滞日久凝结成痰；过度劳累或久病迁延，持续耗伤周身气血，脑髓不得濡养；颈部跌扑、劳损外伤，瘀血留滞颈项经络，气血上行通道受阻；年高体虚、房劳耗精，肾精亏耗无以充养脑髓，以上各类因素，皆可诱发颈源性眩晕。从病程病机演变规律分析，本病存在阶段性动态变化：疾病初起多以标实为主，风火痰瘀上乘清窍；迁延至中期则邪气久留、正气渐耗，多见虚实并见；病至后期正气亏虚为核心，可兼留余邪。临床主流辨证分型包含肝阳上亢(肝肾阴虚、阴不敛阳，典型表现眩晕耳鸣、头目胀痛)、痰湿中阻(脾虚运化失司，痰湿壅阻经络，多见头重眩晕、胸膈痞闷、恶心泛呕)、瘀血阻络(外伤久病、瘀血痹阻，症见眩晕日久、痛有定处)、气血亏虚(劳思过度耗伤气血，活动后眩晕加重，伴面色淡白)、肝肾阴虚(多见于年久体虚患者，兼见耳鸣、腰膝酸软)五类。临床中单一证型少见，多两两相合，常见痰瘀互结、肝阳夹痰、气虚血瘀等复合病机。谢林[7]教授提出“痰瘀滞络”核心观点，认为痰浊与瘀血交阻颈项经筋，是诱发本病的关键病理环节。临床辨证当立足中医整体思维，细致审察病机：一需分清标本虚实主次，二要辨别病位与病性差异，三预判病机动态传变，以此确立扶正与祛邪兼顾的整体治则。

4. 现代医学对椎动脉型颈椎病的发病机制的认识

目前现代医学界对椎动脉型颈椎病尚未形成统一、完备的发病机制共识，本病病理链条交错复杂，学界从多学科视角出发，围绕神经生理、血流动力学、脊柱生物力学、分子生化层面构建了多类致病假说，各理论互为补充，共同搭建起完整的病理阐释体系，为本病诊疗方案的制定提供多元理论支撑。本体感觉紊乱是近年颈性眩晕研究的核心热点之一。部分学者提出，上颈段深部组织传入中枢神经系统的本体感觉信息发生失真或紊乱，是诱发眩晕等一系列核心临床症状的始动性因素[8]。交感神经刺激学说强调颈椎局部结构异常对邻近交感神经系统产生的刺激作用，并以此阐释眩晕及相关症状的发病机[9]。椎-基底动脉血流动力学障碍学说是解释颈性眩晕最为经典的机制之一，其核心观点认为后循环系统血液供应不足是眩晕产生的直接原因；影响因素可系统分为内在血管病变与外在机械压迫两类[10]。偏头痛与慢性前庭综合征的内在联系近年成为眩晕诊疗领域的重要研究方向[11]。Yacovino 等于 2013 年系统阐述这一现象，认为两种疾病状态可能共享某些根本性的神经生理学通路及调节异常[12]。牛玉格[13]等指出前庭性偏头痛存在多感官整合功能异常及中枢敏化现象，这与部分椎动脉型颈椎病合并偏头痛患者的症状表现相吻合。颈椎失稳学说从脊柱生物力学稳定性失衡角度探讨其与前庭功能紊乱的关联。该理论强调，颈椎正常生理功能维持依赖于骨性结构、椎间盘、韧带等被动系统与神经肌肉控制系统之间的协调统一，这一稳定系统的破坏是引发症状的重要基础[14]。刘少东[15]等通过 CT 血管成像研究显示，颈性眩晕患者常呈现椎-基底动脉形态异常如迂曲、管腔狭窄与邻近颈椎骨质增生并存的现象，且血管迂曲可能与颈椎失稳直接相关。神经体液因子失衡学说从分子生物学层面为椎动脉型颈椎病发病机制提供了微观解释。孙定平[16]等明确提出，颈椎退变或损伤引发的局部病理改变可导致调控血管功能的内源性生物活性物质分泌失调，这种生化稳态紊乱是引发椎基底动脉系统舒缩功能障碍进而导致供血异常的重

要内在因素。冯世庆[17]等研究重点关注内皮素与降钙素基因相关肽这对功能拮抗的血管活性介质。内皮素是作为一种作用很强的内源性血管收缩肽, 由血管内皮细胞合成释放, 引起持久强烈的血管平滑肌收缩; 降钙素基因相关肽广泛分布于神经系统, 具有显著拮抗血管平滑肌增殖和血管舒张效应[18]。

5. 治疗方法

对于椎动脉型颈椎病的患者, 导师王先滨教授临床上通过治形、调气、整脊三方面共同治疗, 通过行气活血、通络止眩的手法使气血调和, 同时施颈椎整复纠正关节紊乱, 恢复机体功能。推拿操作如下:

① 体位安置: 患者取坐位, 医者立于患者后侧。② 采用指揉、指推、拇指弹拨等复合手法, 沿颈后线、椎旁两侧、颈侧肌群五条线路反复操作 3 分钟, 松解斜方肌、胸锁乳突肌, 手法轻柔柔和, 操作至局部皮肤微红即可; 以肩井穴为核心区域, 在颈肩斜方肌处施行揉法以及弹拨法, 力度深沉均匀渗透, 持续操作 3 分钟, 放松肩背肌群。依次对颈、肩肌群施以拿法, 连贯缓和地提捏肌肉, 全程操作 3 至 5 遍, 舒缓颈项肩背僵硬。由浅至深、循序渐进对颈项、肩胛处压痛、条索结节处按揉, 每处作用 20~30 秒; 再依次按揉阿是穴、风池、风府、颈夹脊、肩井、肩髃、肩贞, 每穴 20~30 秒, 通络定眩止痛。③ 患者取坐位, 医者立于患者患侧。④ 沿手阳明大肠经肩髃至阳溪段, 指推、弹拨 3 分钟, 以体表微红为度。再依次按揉阿是穴、手三里、曲池、合谷等穴位, 每穴 20~30 秒, 引气下行。对患侧手指施以捻法及拔伸法, 动作连贯, 力度适中。⑤ 查体存在颈椎小关节紊乱者, 施以颈椎扳法, 纠正关节错位, 重建颈椎力学平衡。

推拿治疗每次操作时长为 20 分钟左右, 每日施行 1 次。

6. 病案举例

6.1. 基本信息

患者张某, 男, 46 岁, 就诊时间: 2025 年 12 月 05 日。

6.2. 主诉

反复颈肩酸痛伴体位诱发眩晕 1 年, 劳累后加重半月。

6.3. 现病史

患者长期伏案办公 10 余年, 1 年前无明显外伤史出现间断头晕, 低头、左右转头时眩晕显著, 偶伴视物发花、后枕部胀痛; 曾口服药物治疗, 症状短期缓解后反复。近半月持续加班伏案, 眩晕发作频率明显增加, 起身、转头即可诱发头晕, 偶有轻度恶心, 无猝倒、单侧肢体麻木无力、言语障碍、视物重影。

6.4. 既往史、个人史、生活习惯

既往否认高血压、糖尿病、耳石症、偏头痛、颅脑外伤病史; 长期久坐, 每日低头使用电子设备 8h 以上, 缺乏颈部锻炼, 熬夜频繁。

6.5. 基线临床评估

① 中医症状: 阵发性头晕目眩、头部沉胀, 颈肩僵硬、活动受限, 劳累后症状加剧, 间断耳鸣, 神疲乏力, 纳可, 夜眠浅, 二便调; 舌淡红, 苔薄白, 脉细涩, 辨证: 形气同病、气血瘀滞证。

② 体格检查: 生命体征平稳, 神志清楚, 无眼球震颤; 旋颈试验阳性; 双侧风池、颈夹脊 C3~C5 椎旁压痛明显, 右侧斜方肌可触及条索状筋结; 颈椎前屈、左右旋转活动范围受限; 四肢肌力、肌张力、生

理反射正常, 病理征未引出。

③ 辅助检查: 颈椎正侧位 X 线: C3~C5 钩椎关节骨质增生, 颈椎生理曲度变直; 经颅多普勒(TCD): 双侧椎动脉平均血流速度低于正常参考值, 提示椎 - 基底动脉供血不足。

6.6. 干预方案

治则: 整脊治形、通络调气。

治疗手段: 治形调气整脊推拿(理筋松解 + 穴位按揉 + 颈椎扳法), 单次 20 min, 每日 1 次; 连续治疗 7 次。

健康宣教: 严格控制连续低头时长, 每 40 min 起身活动颈椎; 每日坚持颈肌等长收缩功能锻炼; 避免熬夜、久坐。

6.7. 治疗后随访结果

① 短期随访(2025 年 12 月 12 日, 治疗 7 次后): 患者眩晕、颈肩僵硬基本消失, 转头、起身无头晕耳鸣, 饮食、睡眠恢复如常; 复查 TCD 示双侧椎 - 基底动脉血流速度恢复正常区间。

② 维持方案: 改为每周 1 次推拿巩固疗效, 持续 4 周; 持续居家颈部养护锻炼。

③ 远期随访: 持续随访 2 个月, 眩晕、颈痛未复发, 复查 TCD 血流动力学指标稳定正常。

6.8. 病例小结

本例中年伏案工作患者, 长期劳损致颈椎力学失衡、痰瘀阻滞经络, 诱发椎基底动脉供血不足; 治形调气整脊推拿可快速松解筋结、纠正小关节紊乱, 改善后循环供血, 短期、中期疗效确切。

7. 讨论

7.1. 本方案治疗 CSA 的潜在作用机制

7.1.1. 中医作用机制

本方案“治形、调气、整脊”三位一体, 契合本病本虚标实病机。① 治形: 通过滚法、弹拨、拿揉等理筋手法松解痉挛颈肩肌群, 解除经筋拘急, 疏通颈部气血上行通道; ② 调气: 按揉风池、肩井、曲池、手三里、合谷等穴位, 疏通督脉、手足三阳经气, 升举清阳, 濡养脑髓, 改善头晕耳鸣、神疲乏力; ③ 整脊: 颈椎扳法纠正错位小关节, 解除筋肉牵拉、经络壅滞根源, 标本兼顾, 实现行气活血、通络止眩。

7.1.2. 现代医学作用机制

① 生物力学层面: 松解斜方肌、胸锁乳突肌痉挛, 恢复颈椎肌群肌力平衡, 改善颈椎生理曲度, 减轻钩椎关节增生对椎动脉的机械压迫, 修复颈椎稳定性。

② 血流动力学层面: 手法刺激可扩张颈部血管, 降低血管平滑肌痉挛, 提升椎 - 基底动脉血流量, 改善后循环缺血, 直接缓解体位性眩晕。

③ 神经调节层面: 放松上颈段深部软组织, 纠正紊乱的本体感觉传入信号, 减少交感神经异常刺激, 降低前庭中枢敏化, 缓解恶心、头沉等伴随症状。

7.2. 与临床其他主流疗法对比

① 单纯口服药物: 多以扩张血管、镇静止晕为主, 仅改善症状, 无法纠正颈椎力学失衡, 停药后极易复发; 本方案直接解除骨性、软组织卡压, 远期复发风险更低。

② 针灸疗法：侧重疏通经络，但难以快速松解大面积颈肩筋结、纠正小关节错位；本推拿方案理筋 + 整脊同步完成，对颈椎失稳伴筋结患者优势更突出。

③ 颈椎牵引：仅被动拉开椎间隙，缺乏主动松解痉挛肌群，单独使用易出现颈肌无力；本方案先松解再整复，兼顾肌肉与骨关节，适配青年劳损型 CSA。

7.3. 本研究存在的局限性

① 研究设计缺陷：仅为单例个案报道，无同期对照病例、无随机分组、无空白对照，无法排除自愈、休息、心理干预等混杂因素干扰，证据等级较低，不能证明该推拿方案优于其他疗法。

② 疗效评估体系不完善：病例全程未采用国际通用标准化量表，如眩晕障碍量表 DHI、颈椎功能障碍指数 NDI、视觉模拟疼痛评分 VAS，仅依靠主观症状描述与 TCD 影像学指标，缺乏可量化、可重复的客观疗效数据，不利于横向对比。

③ 随访周期有限：远期随访仅 2 个月，缺乏 6 个月、1 年以上长期随访数据，无法充分评估方案对 CSA 复发率、颈椎退变进展的长期干预效果。

8. 小结

目前椎动脉型颈椎病发病率逐年升高且趋于年轻化，致病机制复杂，病程缠绵易反复发作，可引发猝倒、焦虑等继发问题，严重影响患者身心健康。导师认为本病辨证需分清标本虚实，兼顾痰、瘀、虚等多重病机，治疗不可单纯止晕止痛，需筋骨气血同调。本病患者多因长期伏案低头，造成颈肌痉挛、颈椎力学失衡，痰瘀阻滞颈项经筋，压迫刺激椎动脉与颈交感神经，进而出现椎 - 基底动脉供血不足、清窍失养，发为眩晕颈痛。因此治疗应以治形、调气、整脊三者并重，先通过多类理筋推拿手法松解颈肩僵硬肌群、疏通经络气血，再配合颈椎旋转定位扳法纠正紊乱小关节，解除血管神经卡压，改善后循环血流状态，从筋骨与气血层面同步缓解眩晕、颈僵等症状。患者症状缓解后仍需规避长期低头习惯，坚持颈部功能锻炼，维持颈椎力学稳定，调畅饮食情志，减少痰瘀内生诱因，防止病情反复。

声 明

本文病案报道已征得患者本人书面知情同意，患者知晓病案内容、检查资料、诊疗过程将用于学术论文发表，承诺隐去全部可识别个人隐私信息，无利益冲突。

参考文献

- [1] 王德民, 傅云其, 许永良, 等. 温针“颈六针”联合通督理筋手法对椎动脉型颈椎病血流动力学、血管内皮功能及颈肌 MRI 的影响[J]. 浙江中西医结合杂志, 2026, 36(6): 649-653+684.
- [2] 祝丰奎, 丁勇. 祖国医学对椎动脉型颈椎病发病机制的认识[J]. 云南中医学院学报, 2008, 31(3): 6-8.
- [3] 董万涛, 宋敏, 邓强. 从虚痰瘀论治椎动脉型颈椎病探析[J]. 中国中医骨伤科杂志, 2014, 22(2): 68-70.
- [4] 刘涛, 宋敏, 巩彦龙, 等. 宋敏从虚论治椎动脉型颈椎病经验初探[J]. 辽宁中医杂志, 2017, 44(1): 39-40.
- [5] 齐兵献, 樊成虎. 椎动脉型颈椎病中医用药规律的文献研究[J]. 中国中医骨伤科杂志, 2011, 19(12): 33-35.
- [6] 王禹增, 王春祯, 李登禄, 等. 椎动脉型颈椎病中医发病机制探讨[J]. 山东中医杂志, 2012, 31(7): 475-476.
- [7] 张翔, 谢林. 谢林教授从“痰瘀滞络”学说论治椎动脉型颈椎病 的临床疗效[J]. 内蒙古中医药, 2024, 43(1): 85-89.
- [8] 吕淦, 曹卓毅, 章书豪, 等. 颈部肌肉功能与颈性眩晕的关系及相关治疗策略研究进展[J]. 中国脊柱脊髓杂志, 2025, 35(5): 538-542.
- [9] Li, Y. and Peng, B. (2015) Pathogenesis, Diagnosis, and Treatment of Cervical Vertigo. *Pain Physician*, **18**, E583-E595. <https://doi.org/10.36076/ppj.2015/18/e583>
- [10] Zhang, Y., Wang, T., Zhao, Y., Guan, Q., Wang, Z., Zhang, L., et al. (2022) Nucleus-Targeted Nanoparticles Induce

- Autophagy of Vascular Endothelial Cells in Cervical Spondylosis of Vertebral Artery Type through PI3K/Akt/mTOR Signaling Pathway. *Journal of Biomedical Nanotechnology*, **18**, 565-570. <https://doi.org/10.1166/jbn.2022.3257>
- [11] 王蕊, 刘博, 崔庆佳, 等. 前庭性偏头痛的临床特征及干预效果分析[J]. 中国耳鼻咽喉头颈外科, 2022, 29(3): 159-162.
- [12] Yacovino, D.A. and Hain, T.C. (2013) Clinical Characteristics of Cervicogenic-Related Dizziness and Vertigo. *Seminars in Neurology*, **33**, 244-255. <https://doi.org/10.1055/s-0033-1354592>
- [13] 牛玉格, 张道培, 张怀亮. 前庭性偏头痛相关视觉性眩晕发病机制的研究进展[J]. 听力学及言语疾病杂志, 2024, 32(1): 85-89.
- [14] 范维娇, 杜良杰. 颈椎失稳与椎基底动脉供血不足相关性的研究进展[J]. 颈腰痛杂志, 2014, 35(3): 213-216.
- [15] 刘少东, 常春丽, 李兰涛, 等. 颈性眩晕病人椎-基底动脉形态异常及其邻近颈椎结构异常的多层螺旋 CT 血管成像对比研究[J]. 安徽医药, 2017, 21(6): 1073-1075.
- [16] 孙定平, 宋敏, 董万涛, 等. 椎动脉型颈椎病发病中体液因子的影响探讨[J]. 颈腰痛杂志, 2016, 37(3): 244-247.
- [17] 冯世庆, 杨敏杰, 孔晓红, 等. 椎动脉型颈椎病血浆内皮素变化[J]. 中华骨科杂志, 1997(6): 44-45.
- [18] 成彦, 阳一丹, 李志鹏, 等. 股骨头坏死愈胶囊缓解激素性股骨头坏死大鼠外周痛觉敏化的机制[J]. 中国组织工程研究, 2026, 30(29): 7512-7519.